

# Solicitud de exención de pago por responsabilidad compartida para personas que no pueden pagar cobertura y se encuentran en ciertos estados con Mercado de seguro basado en el estado

LO QUE DEBE SABER



## Use esta solicitud para pedir una exención de pago por responsabilidad compartida

- A partir de 2014, todas las personas deberán tener una cobertura de salud o hacer un pago cuando presenten su declaración federal de impuestos llamado "pago por responsabilidad compartida".
- Algunas personas están exentas de hacer este pago. Esta solicitud incluye una categoría de exención y verá otras categorías cuando presente su declaración federal de impuestos.
- Si usted no va a presentar una declaración federal de impuestos porque sus ingresos están por debajo del límite a partir del cual tiene que declarar sus impuestos, no tiene que solicitar una exención. Si no está seguro, es aconsejable pedir una exención.



## ¿Quién puede usar esta solicitud?

- **Use esta solicitud si no puede pagar una cobertura. Si recibe esta exención, podría comprar una cobertura catastrófica.**
- Use esta solicitud para pedir una exención para futuros meses. Si usted quiere esta exención para todo el año calendario, necesita pedirla antes de que comience el año. Usted también puede reclamar una exención en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos si no puede pagar una cobertura.
- Usted puede usar una solicitud para pedir esta exención para más de una persona en su hogar.



## Qué es lo que necesita para la solicitud

- Los números de Seguro Social (SSN) si los tiene.
- Información sobre el empleador y el ingreso de cada una de las personas de su familia (por ejemplo, talones de pago, formularios W-2, o extracto del salario o los impuestos).
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el empleo disponible para su familia.
- Prueba de su salario anual para 2014. Vea en la página 9 ejemplos de los documentos que puede enviar.



## ¿Por qué pedimos esta información?

Pedimos los números de seguro social y otra información para asegurarnos de que su exención se cuente cuando usted presente su declaración de impuestos. **Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para consultar la Declaración de la Ley de Privacidad, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o vea las instrucciones.



## ¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completada y firmada a la dirección que aparece en la página 8. Nos comunicaremos con usted dentro de 1 o 2 semanas y le diremos si necesitamos alguna otra información. Si recibe la exención, le daremos un Número de Certificado de Exención para que lo escriba en su declaración federal de impuestos. Si no nos comunicamos con usted, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llame al Centro de Ayuda del Mercado de Seguros Médicos al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**.



## Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov)
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-800-318-2596**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarlo.
- **Visite:** [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llame al **1-800-318-2596** para información adicional.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

Para llenar la solicitud use tinta azul o negra.

## PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

¿Usted se encuentra en California, Colorado, el Distrito de Columbia, Hawái, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nevada, New York, Oregón, Rhode Island, Vermont o Washington?

**Sí.** Complete esta solicitud.

¿Está en Connecticut?

**Sí.** Visite [AccessHealthCT.com](http://AccessHealthCT.com), o llame al 1-855-805-HEALTH (1-888-805-4325) para averiguar cómo solicitar esta exención.

¿Está en otro estado?

**Sí.** Use la "Solicitud de exención del pago de responsabilidad compartida para personas que no pueden pagar la cobertura y se encuentran en un estado con Mercado de seguros administrado por el gobierno federal."

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado [ ][ ]	6. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado [ ][ ]	12. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	13. Condado
14. Número de teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		15. Otro número de teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)			

## PASO 2 Díganos sobre su familia.

### ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Háblenos de cada persona de la familia que necesita una exención (no incluya a los dependientes que no estén solicitando esta exención para ellos mismos). Si recibe la exención, le daremos un Número de Certificado de Exención con la carta de aprobación. Guárdelo en sus archivos. Necesitará poner este número en su declaración de impuestos cuando envíe la declaración de impuestos.

### Complete el Paso 2 para cada persona de su familia.

Comience con usted, luego incluya a los otros adultos y niños (estén o no solicitando esta exención). Si hay más de dos personas en su familia, haga copias adicionales de la página 3 y adjúntelas por cada persona adicional. No necesita decirnos el estatus migratorio ni darnos el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan esta exención. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos la información personal sólo para verificar si es elegible para una exención.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 2: PERSONA 1

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

2. ¿Cuál es la relación con usted?  
**USTED MISMO**

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)  
  /   /

4. Sexo  
 Hombre  Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN)    -   -

**Si está solicitando una exención para usted y tiene un SSN, debe proporcionarlo. No tiene que tener un SSN para recibir esta exención. Si no está solicitando una exención para usted, el proporcionarnos su SSN puede ser de utilidad ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud.** Usamos los SSN para cerciorarnos de que si recibe la exención, esta se aplique correctamente a sus impuestos. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al **1-800-772-1213** o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-325-0778**.

**6. ¿Díganos sobre la declaración de impuestos federal que piensa presentar?**

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, nombre del cónyuge:

\_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, indique los nombres de los dependientes:

\_\_\_\_\_

c. ¿Será reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos:

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos?

\_\_\_\_\_

7. ¿Usted necesita esta exención?  **SÍ**  **NO** **Si la respuesta es no**, deje el resto de la página en blanco.

**8. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

**9. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____

**10. INGRESOS ANUALES:** Incluye salario/propinas (antes de los impuestos), ingresos netos como trabajador por cuenta propia, beneficios de desempleo, pensiones, Seguro Social (excepto Ingresos de Seguro Suplementario y por edad avanzada, pagos por sobreviviente o por discapacidad que no están sujetos a impuestos), cuentas de retiro, pensión alimenticia (alimony) recibida, ingresos netos por trabajo agrícola, pesquero, renta neta e ingresos por regalías, y cualquier otro cosa que incluiría en su declaración de impuestos. No tiene que decirnos cuánto recibe por pensión infantil (child support) o pagos por veterano.

Ingreso total este año	Ingreso total el próximo año (si cree que será diferente)
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

11. Si su empleador le descuenta parte de su salario y lo usa para pagar un seguro de salud, escriba la cantidad que le descuenta cada año.

\$

12. ¿Le ofrecen un seguro de salud a través de su empleo? Marque "sí" aunque la cobertura sea por el trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge.

**SÍ. Si la respuesta es sí**, deberá completar e incluir el Apéndice A.

**NO.**

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 2: PERSONA 2

Si va a incluir a más de 2 personas, haga una copia de PASO 2: PERSONA 2 y complételo.

Complete el Paso 2 para usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos. Consulte la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si usted no va a presentar una declaración federal de impuestos porque sus ingresos están por debajo del límite a partir del cual tiene que declarar sus impuestos, no tiene que solicitar una exención.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Cuál es la relación con usted?		3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN)  -  -

**Si está solicitando una exención para usted y tiene un SSN, debe proporcionarlo. No tiene que tener un SSN para recibir esta exención. Si no está solicitando una exención para usted, el proporcionarnos su SSN puede ser de utilidad ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud.** Usamos los SSN para cerciorarnos de que si recibe la exención, esta se aplique correctamente a sus impuestos. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al **1-800-772-1213** o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-325-0778**.

**6. Díganos sobre la declaración de impuestos federal que piensa presentar la PERSONA 2 el PRÓXIMO AÑO.**

a. ¿La PERSONA 2 presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** nombre del cónyuge:

\_\_\_\_\_

b. ¿La PERSONA 2 reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** indique los nombres de los dependientes:

\_\_\_\_\_

c. ¿La PERSONA 2 será reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos:

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos?

\_\_\_\_\_

7. ¿La PERSONA 2 necesita esta exención?  **SÍ**  **NO** **Si la respuesta es no,** deje el resto de la página en blanco.

**8. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

**9. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____

**10. INGRESOS ANUALES:** Incluye salario/propinas (antes de los impuestos), ingresos netos como trabajador por cuenta propia, beneficios de desempleo, pensiones, Seguro Social (excepto Ingresos de Seguro Suplementario y por edad avanzada, pagos por sobreviviente o por discapacidad que no están sujetos a impuestos), cuentas de retiro, pensión alimenticia (alimony) recibida, ingresos netos por trabajo agrícola, pesquero, renta neta e ingresos por regalías, y cualquier otro cosa que incluiría la PERSONA 2 en su declaración de impuestos. No tiene que decirnos cuánto recibe por pensión infantil (child support) o pagos por veterano

Ingreso total este año de la PERSONA 2 \$ <input type="text"/>	Ingreso total el próximo año de la PERSONA 2 (si cree que será diferente) \$ <input type="text"/>
---	--

11. Si el empleador de la PERSONA 2 le descuenta parte de su salario a la PERSONA 2 y lo usa para pagar un seguro de salud, escriba la cantidad que le descuenta cada año.

\$

12. ¿Le ofrecen un seguro de salud a la PERSONA 2 a través de su empleo? Marque "sí" aunque la cobertura sea por el trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge.

**SÍ.** Si la respuesta es sí, deberá completar e incluir el Apéndice A.

**NO.**

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.**

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 3 Plan del Mercado a bajo costo

Para cualquier persona que esté solicitando esta exención y no esté cubierta por una cobertura de salud a través de un empleo, la posibilidad de obtener esta exención está basada en el costo del plan bronce de menor costo que esté disponible a través del Mercado de su estado, después que se aplique cualquier crédito fiscal que reciba.

Esta información solamente está disponible a través del Mercado de su estado.

Así que, si alguien contestó “No” a la pregunta 12 más arriba—lo que significa que no le han ofrecido un seguro de salud a través de un empleo- necesitamos que envíe su solicitud de seguro de salud al Mercado de su estado, complete el proceso y nos envíe 2 cosas:

1. Una copia del aviso de elegibilidad del Mercado de su estado que muestra su crédito fiscal máximo por la prima.
2. Una copia de la pantalla de la herramienta de comparación de planes del plan de su Mercado que muestre la prima del plan bronce de menor costo de su estado a todo el que pida esta exención. Si no existe un plan bronce que cubra a todos los integrantes de su familia que estén solicitando una exención, envíenos copia de la pantalla de los planes bronce de menor costo que al sumarlos tengan el precio más bajo.

**Si necesita ayuda para encontrar esta información, puede llamar al Mercado de su estado. Aquí están los números de teléfono:**

Estado	Número de teléfono
California	1-800-300-1506
Colorado	1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)
Distrito de Columbia	1-855-532-5465
Hawái	1-877-628-5076
Kentucky	1-855-4kynect (1-855-459-6238)
Maryland	1-855-642-8572
Massachusetts	1-877-623-6765
Minnesota	1-855-366-7873
Nevada	1-855-768-5465
New York	1-855-355-5777
Oregon	1-855-268-3767
Rhode Island	1-855-840-HSRI (1-855-840-4774)
Vermont	1-855-899-9600
Washington	1-855-WAFINDER (1-855-923-4633)



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 4 **Lea y firme esta solicitud.**

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para una exención si decide hacer la solicitud. Revisaremos sus respuestas usando la información de nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS) y/o una agencia de informe del consumidor. Si la información no concuerda, podríamos pedirle que nos envíe pruebas.

### ¿Qué debo hacer si pienso que los resultados de mi solicitud están incorrectos?

Si no está de acuerdo con los resultados de su solicitud de exención, puede pedir una apelación. A continuación hay información importante que debe tener en cuenta cuando solicite una apelación:

- El Mercado de Seguros Médicos debe recibir su solicitud de apelación dentro de los 90 días siguientes a la fecha del aviso de los resultados de la solicitud.
- Usted puede pedirle a alguien que solicite o que participe en su apelación si usted quiere. Esa persona puede ser un amigo, un pariente, un abogado u otra persona. O puede solicitar y participar en su apelación usted solo.
- El resultado de una apelación puede cambiar la elegibilidad de otros miembros de su familia.

Para apelar los resultados de una solicitud de exención, llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. También puede enviar un formulario de solicitud de apelación por correo o su propia carta solicitando una apelación al **Health Insurance Marketplace – Exemption Processing**, 465 Industrial Blvd., London, KY 40741.

**Firme esta solicitud.** La persona que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado, podrá firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice B.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--

## PASO 5 **Envíe por correo la solicitud completada y los documentos.**

Envíe por correo su solicitud firmada y los documentos que muestren sus ingresos anuales (vea los ejemplos en la página 6) a:

**Health Insurance Marketplace – Exemption Processing**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40741**

### Declaración de Divulgación PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PARA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 6 Prueba de ingresos anuales.

Para poder aprobarlo para esta exención, necesitamos prueba de sus ingresos anuales para el 2014. Entre los ejemplos de documentos que puede enviar están:

- Declaración de salario e impuestos (W-2)
- Talón de pago
- Carta del empleador
- Registro de trabajador por cuenta propia
- Carta de ajuste del costo de la vida y otros avisos de verificación de beneficios
- Acuerdo de arrendamiento
- Copia de cheque pagado a un miembro del hogar
- Estado de cuenta del banco o del fondo de inversión
- Documento o carta de la Administración del Seguro Social (SSA)
- Formulario SSA 1099 de Declaración de beneficios del Seguro Social
- Carta de una agencia de gobierno de beneficios por desempleo

Estos documentos no necesariamente tienen que tener fecha del 2014. Por ejemplo, puede proporcionar talones de pago recientes si no espera que sus ingresos cambien en el 2014. Si espera que sus ingresos aumenten o disminuyan en 2014, puede proporcionar otros documentos, como un documento que diga cuándo terminará el contrato por trabajo. Si una parte de sus ingresos proviene de un trabajo por cuenta propia, puede rellenar un libro de trabajador por cuenta propia que incluya los ingresos que espera recibir.



# APÉNDICE A: EXENCIONES

Formulario Aprobado  
OMB No. 0938-1191

## Cobertura de Salud de Trabajos

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos acerca del trabajo que ofrece la cobertura. Lleve la Solicitud de Cobertura del Empleador en la página siguiente al patrón que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no el formulario de la Cobertura del Empleador.

### Información del empleado

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado [ ][ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
--	--

### Información del empleador

3. Nombre del patrón	4. Número de Identificación Patronal (EIN) [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
5. Dirección del patrón	6. Número de teléfono del patrón ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	
7. Ciudad	8. Estado [ ][ ]	9. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ]
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este patrón, o será elegible en los próximos 3 meses?**

**Sí** (Continuar)

13a. **Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? (mm/dd/aaaa)**  
[ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**No** (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

### Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el patrón un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor\*?  Sí  No

15a. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor\* ofrecido **solamente al empleado** (no incluye planes familiares); si el patrón tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [ ][ ][ ][ ][ ]

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

15b. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar mínimo de valor ofrecido al empleado y los miembros de su familia que solicitan una exención (incluya solamente los planes familiares para miembros de la familia que no tengan todavía una exención); si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que pagaría el empleado si no reciben un descuento por programas de bienestar, incluyendo programas para dejar de fumar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [ ][ ][ ][ ][ ]

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el patrón para el año nuevo del plan? (si se conoce)

El patrón no ofrecerá cobertura de salud

El patrón comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.\* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [ ][ ][ ][ ][ ]

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

\*Un plan de salud patrocinado por el patrón cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.



# SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del Mercado de seguros. Las preguntas de dicho Apéndice se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo es igual a la de los casilleros del Apéndice A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Apéndice A. **Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los casilleros 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.**



## Información del EMPLEADO: El empleado debe llenar esta sección.

1. Nombre (Primer, Segundo y Apellido)	2. Número de Seguro Social [ ][ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
--	---



## Información del EMPLEADOR: Pídale esta información al empleador.

3. Nombre	4. Número de Identificación (EIN) [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
5. Dirección del empleador (el Mercado de seguros enviará las notificaciones a esta dirección)	6. Teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	
7. Ciudad	8. Estado [ ][ ]	9. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ]
10. ¿Con quién podemos hablar en esta empresa, sobre la cobertura médica para los empleados?		
11. Teléfono (si es diferente al de arriba) ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este patrón, o será elegible en los próximos 3 meses?**

**Sí** (Continuar)

13a. **Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? (mm/dd/aaaa)**

[ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**No** (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

## Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el patrón un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor\*?  Sí  No

15a. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor\* ofrecido **solamente al empleado** (no incluye planes familiares); Si el patrón tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [ ][ ][ ][ ][ ]

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

15b. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar mínimo de valor ofrecido al empleado y los miembros de su familia que solicitan una exención (incluya solamente los planes familiares para miembros de la familia que no tengan todavía una exención); si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que pagaría el empleado si no reciben un descuento por programas de bienestar, incluyendo programas para dejar de fumar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [ ][ ][ ][ ][ ]

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el patrón para el año nuevo del plan? (si se conoce)

El patrón no ofrecerá cobertura de salud

El patrón comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.\* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [ ][ ][ ][ ][ ]

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

\*Un plan de salud patrocinado por el patrón cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.



## Asistencia para Completar esta Solicitud

### Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de seguros. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/>
7. Número de teléfono ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/>		
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

### Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/>

